

紧密型医联体总额付费的探索和建议

郝 璐^①, 李欣芳^①

摘要 目的:对典型的紧密型医联体总额付费的特点和存在的主要问题进行分析梳理。方法:通过实地调研、专家访谈、查阅相关政策文件或信息,对5省7市的紧密型医联体的医保支付进行了比较分析和SWOT分析;通过对医疗机构医保从业人员的调查问卷。结果:对紧密型医联体实行总额付费,在总额预算、结余分配和精细化管理方面还存在不同认识和操作不一的情况。结论:紧密型医联体总额付费,关键要科学预算总额,充分理解支付方式改革和总额预算的关系、建立医保管理部门与医疗机构的磋商和培训机制和相应配套制度要跟上,信息互联互通等。

关键词 紧密型医联体;紧密型县域医疗共同体;支付方式改革;总额付费

中图分类号 R1-9; R197 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2023)04-0034-04

The Consideration and Suggestion of the Total Payment of Intensive Medical Association/HAO Jun, LI Xin-fang//Chinese Health Economics, 2023,42(4):34-36, 60

Abstract Objective: To analyze and sort out the characteristics and main problems of the total payment of the typical compact medical association. **Methods:** Through field investigation, expert interview, relevant policy documents or information, comparative analysis and SWOT analysis were made on the medical insurance payment of the compact medical association in 7 cities of 5 provinces. In addition, a questionnaire was made for medical insurance practitioners in medical institutions. **Results:** Total payment was applied to the compact medical association, but there were still different understandings and operations in terms of total budget, balance allocation and fine management. **Conclusion:** The key to total payment in close medical associations is to budget the total amount scientifically, fully understand the relationship between payment reform and total budget, establish consultation and training mechanisms between health insurance management and medical institutions and corresponding supporting systems to keep up, and interconnect information, etc.

Keywords compact medical association; compact county medical community; payment method reform; total payment

First-author's address National Institute of Healthcare Security, Capital Medical University, Beijing, 100037, China

Corresponding author LI Xin-fang, E-mail: E-mail: 965624913@qq.com

根据《国务院办公厅关于推动医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发〔2017〕32号),目前我国医联体主要有4种组织模式:城市医疗集团、县域医共体、专科联盟、远程医疗协作网。其中紧密型医联体的特征是行政、人员、资金、业务、绩效、药械“六统一”^[1]管理,组织紧密关联。按照国家建设目标,四种医联体中,紧密型医联体主要是县域医共体,执行县、乡、村一体化管理,紧密型县域医疗卫生共同体建设是落实分级诊疗制度、提高县域和基层医疗卫生服务能力的重要举措。2019年国家卫生健康委同中医药局印发《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》(国卫基层函〔2019〕121号);鼓励各地先行先试,确定山西、浙江为试点省,北京市西城区等567个县(市、区)为试点县;成立国家专家组,跟踪指导各地工作进展。

2020年,国家卫生健康委、国家中医药管理局联合发布《医疗联合体管理办法(试行)》(国卫医发

〔2020〕13号),指出城市医疗集团和县域医共体实施网格化布局管理。8月,国家卫生健康委、国家医保局、国家中医药局研究制定了《紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系(试行)》(国卫办基层发〔2020〕12号)。2021年,国家卫生健康委发布《关于加强紧密型县域医疗卫生共同体建设监测工作的通知》。2022年4月,国家卫健委基层卫生健康司发布《关于做好2022年紧密型县域医共体建设监测工作的通知》。更加强调医保支付方式在引导医疗机构管理导向和医疗服务行为,乃至调整医疗资源配置等方面发挥的作用。此外,2020年2月25日《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号),明确提出“探索对紧密型医疗联合体实行总额付费,加强监督考核,结余留用、合理超支分担,有条件的地区可按协议约定向医疗机构预付部分医保资金,缓解其资金运行压力”。

截至2020年底,65%的试点县落实收入统一管理和开展医保统筹管理改革探索^[2]。而医保基金是县乡医疗机构经济运行的主要保障,如2019年县级医院和基层机构收入中,医保基金收入分别约占56%和65%左右。由此,在紧密型医联体背景下,医保基金是最关键的经济纽带,是形成“利益共同体”的牛鼻子,医

① 首都医科大学国家医疗保障研究院 北京 100037

作者简介:郝璐(1980-),女,硕士学位;研究方向:医保政策、支付方式改革;E-mail: bettypretty@126.com。

通信作者:李欣芳, E-mail: 965624913@qq.com。

疗机构将更关注区域内医疗总费用与医保总额。

1 医保支付方式改革

医保支付主要是指医保机构和被保险人在获得医疗服务后，向医疗服务提供方支付费用的行为，而医保费用支付的途径和方法则被称为医保支付方式。支付方式不仅是一种经济补偿，同时又是一种契约关系，约定了医保经办机构、被保险人、医疗服务提供方相应的权利义务。新时期医保支付方式的内涵发生了一定变化，它是医保以战略购买者的身份，代表参保人购买医药产品和医疗技术服务。

医保支付方式可分为“后付制”和“预付制”。“后付制”现在主要是按项目付费。而“预付制”根据计算单位不同，可分为按总额付费、按人头付费、按床日付费、按病种/疾病诊断相关组（DRGs）/按病种分值付费（DIP）、按绩效付费等。“预付制”是当前支付方式改革的总体方向。

2 几个地区紧密型医联体的医保管理的比较分析

2.1 资料来源

2021年3—5月，采用实地调研和专家访谈的方法，对5省7市开展调研。调查内容主要包括紧密型医联体发展现状、医保统筹区医保支付改革现状、统筹层次和支付方式改革进度等。

2.2 分类比较

支付制度有3个核心环节：一是总额预算；二是支付方式和标准；三是医保结算、清算及配套制度。现将几个地区紧密型医联体医保总额付费的操作，按照预算总额测算方式、管理办法进行整理，并做相应归类和比较分析。

3.3 医疗机构内部医保管理能力调查

为更客观地了解基层医保管理能力情况，我们做了调查问卷，针对研究内容共回收问卷291份，其中有效答卷280份，回收有效率为96.2%，无效答卷11份。被调查的医保从业人员包括：医疗机构医保科/医保办有108人（占38.57%），基本医保经办机构有87人（占31.07%），第三方服务公司及其他机构有20人（占7.14%）。

表1 总额付费的各项主要特点及代表地区

地区	总额确定	结算、管理和考核	资金监管或使用
安徽省天长市	城乡居民当年筹资总额预留调剂金	总额预算、按季预拨、定期考核、年终决算、结余留用	总医院管理，自身行为对是否超支或结余影响较大
云南省云县	按签约人头标准预算，各牵头单位辖区参保人数×人头标准 当年城镇职工和城乡居民的医保统筹资金扣除调节金等部分后，全部打包给医共体使用	政府相关部门联合考核 总额包干、结余留用、超支自负	总医院按照规定统一分配和使用。一部分直接纳入总医院工资总额，另一部分用于提取抗风险基金、弥补医共体发展资金等
福建省尤溪县	按签约人头标准预算，各牵头单位辖区参保人数×人头标准	住院C-DRG收付费 政府相关部门联合考核	总医院管理，自身行为对是否超支或结余影响较大
福建省安溪县	当年城镇职工和城乡居民医保资金扣除调节金等部分后，按历史情况进行预算，年终考虑实际情况进行结算	按照“统一预算、按月预付、结余留用、绩效考核、合理超支分担”的付费机制，将县域参保对象医保基金整体打包给医共体，并根据市级考核结果决定资金拨付额度	总医院管理，自身行为对是否超支或结余影响较大
福建省厦门市同安区	城镇职工和城乡居民统一实行厦门、住院区域点数法总额预算，镇村一体化管理的村卫生所根据各村实际参保人数、按统一额定标准确定总控指标，调剂使用	根据不同医疗机构门诊服务特点，在支付标准、支付点数及点数内涵上进行精细化的设计 按月预拨，年终清算；费用申报及结算的单位到牵头医院	医保部门负责日常医保基金监管审核 牵头医院负责内部管理
浙江省嘉兴市	统筹区的门诊医保基金总额预算（含异地就医费用），按比例打包给各医共体 住院按DRG点值区域预算，全市统一的DRGs点数及其付费点数计算办法	总额包干、结余留用、超支分担 实施住院按DRGs点数法付费、门诊按人头付费试点等复合支付方式付费，结合当地实际替代现有支付方式并逐步完善	医保部门负责日常医保基金监管审核 牵头医院按规定负责内部管理
天津市	城镇职工和城乡居民统一按照区域点数法总额预算 开展家庭医生签约服务的紧密型区域医疗联合体试行门诊按人头总额付费	额度调剂使用、结余留用、超支分担，费用申报和结算的单位到牵头医院	医保部门负责日常医保基金监管审核 医联体内部管理按医联体协议执行

调查结果显示,就医疗机构医保从业人员来说,最高学历专业是与医保相关的人员数量很少,有从临床、财务等岗位转岗的,这部分人员以前从事过一些与医保相关的工作,能够执行医保政策,但是缺乏专业化的培训,还有从药剂、医技、管理等岗位转岗的人员,这部分人员之前接触医保相关工作的机会和时间都比较少,对医保政策的理解不够深刻。从学历水平来看,医保从业人员的学历大多是大专和本科水平,工龄5年及以上的医保从业人员对支付方式改革相关内容的知晓情况比工龄3年以下的人员低,年轻人员参加继续教育学习的情况比较好,适应改革的能力和思维较快。

3 SWOT分析

本研究运用SWOT分析方法(图1)对紧密型医联体总额付费的优势(Strengths, S)、劣势(Weaknesses, W)、机会(Opportunities, O)和威胁(Threats, T)进行讨论,综合考虑各种因素,提出改革改革建议。

对比分析发现,紧密型医联体总额付费,主要问题在于紧密型医联体的总额预算不够科学、透明、精细。特别提示:不能差别性对待未纳入紧密医共体的医疗机构(如:私立医院)来说,要预留空间,警惕发生安徽省六安市霍邱县的情况(霍邱县11家民营医院,本应全额结算的医保款到手已被医共体牵头的公立医院扣除30%左右)。

4 建议

4.1 统筹考虑医保统筹层次提升与紧密型医联体的总额预算

对于紧密型医联体而言,大都是以县(区)行政区划归,只服务辖内人群。当病人与这个医联体保持一种稳定的联系时人头才固定,当具有足够大的人群,一个医联体才具备承担按人头医保总额预付带来的健康风险,承担这部分人的医疗风险和财务风险,对固

定的病人进行管理。但医保近年来推进基本医疗保险统筹层次,已基本实现市级统筹,上级医保部门如何科学预算网格化的紧密型医联体医保总额,是一个能力挑战。

4.2 医保部门科学、合理、合情地做好紧密型医联体年度总额预算

医保部门依然可以根据以往数据精细化测算,但要充分考虑筹资水平、人口结构、不同疾病发生率等多种因素,甚至应当有一套数学模型,每年结合医保筹资情况,以收定支,细化考虑到覆盖人群中健康体和带病体的结构、年龄结构、疾病结构。

4.3 准确理解紧密型医联体总额付费与当下的支付方式改革工作

对紧密型医联体的总额付费是在具体的支付方式基础上,并不改变现有医保部门与医疗机构之间的支付制度,包括结算标准、结算对象、结算方式等。DIP/DRG本身就有基金结余留用的机制,是基于某病种和治疗下,做好内部成本管理后的结余留用,其本质是运用医保基金杠杆作用,促进医院重视内部精细化管理和服务能力的提高;而医保总额打包,医院明明白白地预测到收入,有了省钱的动力,才能从治疗为中心转向以健康为中心,更加重视居民健康管理,重视未病管理。这个逻辑,倘若从付费购买服务的角度来看,前者是医保花钱,购买相应医疗服务,后者则是医疗机构花自己的钱,干自己应该干的事,一个被动,一个主动。总额付费与按病种支付两者并不冲突,而是相承的,DIP/DRG促进了医疗机构精细化管理和高质量发展。

4.4 建立医保管理部门与医疗机构的磋商和培训机制

医保总额打包最大的风险,来自患者在县域外就医和无效医疗行为的浪费,有必要不断加大对医联体内部从业人员的培训和宣教,一旦医疗机构明白医保

优势 (S)	劣势 (W)
S1.以收定支的机制,能充分调动医疗机构的自驱力	W1.统筹层次提高与网格化紧密型医联体总额预算的要求“相悖”
S2.促进分级诊疗,提高医疗资源使用效率	W2.若总额核定方法不够透明和精细,与医疗机构的磋商不足,容易造成双方的不理解,甚至对立
S3.保证了非常时期(如疫情期间服务量下降)的医院基本运营	W3.不利于化解医疗需求无限与医保基金有限的矛盾,甚至会加大医疗机构与医保的矛盾
机会 (O)	威胁 (T)
O1.顺应整合型医疗卫生服务体系的发展	T1.牵头医疗机构的思想和管理水平至关重要,避免上半年过度医疗、无效医疗、浪费基金,下半年额度不足,推诿医保病人、缩减医疗服务等顽疾
O2.健康关口前移,应对疾病谱的变化	T2.与医疗卫生事业发展不够协同,未考虑采用新技术、新药品、新设备,或者新的药品政策实施等因素,也会影响医疗机构的费用支出,导致预算超支
O3.利于分级诊疗制度,使优质医疗资源向基层下沉,为门诊统筹的开展奠定了基础	T3.基金监管难度相对较大,成本相对较高。特别是有若干紧密型医联体竞争时,收支结余情况更需要跟踪关注
O4.相关政策文件支持	

(▶▶下转第60页▶▶)

- sis[J]. Open forum infectious diseases, 2019,6(3):ofz040.
- [3] 刘桦, 陈文, 黄韵宇. 广州市丙肝纳入门诊大病项目前后医疗费用的比较研究[J]. 中国卫生经济, 2011,30(1):60-61.
- [4] 刘春桃, 张琬悦, 张小斌, 等. 云南两地区HCV抗体阳性者丙肝防治知识知晓率及诊疗现状[J]. 中国公共卫生管理, 2019,35(4):522-524,527.
- [5] STOCKMAN J A. Peginterferon Alfa-2b and ribavirin for 12 vs 24 weeks in HCV genotype 2 or 3[J]. Yearbook of pediatrics, 2007:158-159.
- [6] MCHUTCHISON J G, LAWITZ E J, SHIFFMAN M L. Peginterferon alfa-2b or alfa-2a with ribavirin for treatment of hepatitis C infection[J]. The New England journal of medicine, 2009,361(6):580-593..
- [7] CHEN Y, YU C, YIN X, et al. Hepatitis C virus genotypes and subtypes circulating in Mainland China[J]. Emerg microbes infect, 2017,6(11):e95.
- [8] LU F, WANG N, WU Z, et al. Estimating the number of people at risk for and living with HIV in China in 2005: methods and results[J]. Sex transm infect, 2006,82(Suppl 3):i87-i91.
- [9] 袁惜方, 尚培治, 张冬儿, 等. “双通道”模式下不同支付方式对医保预算的影响分析: 以耐多药肺结核治疗为例[J]. 中国卫生经济, 2022,41(5):32-35.
- [10] MENNINI F S, MARCELLUSI A, ROBBINS S S, et al. The impact of direct acting antivirals on hepatitis C virus disease burden and associated costs in four european countries[J]. Liver int, 2021,41(5):934-948.

[收稿日期: 2023-01-05] (编辑: 毕然, 滕百军)

(◀◀上接第36页◀◀)

战略性购买的经济学意义和价值, 就势必激发医院提升内部服务能力、水平和精细化管理水平的动力, 尽量做到把患者留住, 其自身发展动力与医保“预付制”支付价值导向一致, 从而有更多磋商。

4.5 相应配套制度要跟上, 信息互联互通

建立区域卫健和医保部门联合绩效考核机制, 共同制定考核指标体系, 考核结果和医保质量保证金及财政补助挂钩。地市统筹区内有多个紧密型医联体的, 鼓励竞争, 拉开奖励档次, 真正地做到优者多酬。加强数据治理、病案质控, 医疗信息互联互通, 统计口径保持一致, 定期监测。此外, 还要有鼓励紧密型医联体内部科学分工和精细化管理, 一方面保持运用高技术、高难度医疗技术的动力, 一方面主动下沉健康促进与疾病预防、常见病医疗服务, 从健康促进与疾病预防、诊断、控制、治疗、康复(“促防诊控治康”)六个方面, 六位一体地施行从个体到群体的健康照护, 借以提升人群、人类健康水平以此加大区域内健康, 实现医疗、医保双赢。

5 结语

紧密型医联体是整合型优质高效服务体系在县(区)域的实现途径, 利益共享机制的本质是用好医保调节资源配置的作用, 使得紧密型医联体的建设持续

深化, 虽然涉及面广, 难度大, 但有其内在逻辑: 创新县(区)域治理结构是减小体制阻力形成持续共享的治理机制, 医保管理制度改革是构建愿意共享的动力机制, 纵向服务协同是形成能够共享的能力机制, 政府投入监管是强化主动共享的压力机制。相信在这几个机制的协同作用下, 紧密型医联体才能真正的发挥积极作用, 而利用好医保基金的战略性购买作用, 实行对医药服务的引导、约束和激励作用, 将至关重要。

参 考 文 献

- [1] 方鹏骞, 田翀. 我国医疗联合体建设与创新探索与再思考[J]. 中国医院管理, 2022,42(7): 1-4.
- [2] 卫生健康委网站. 卫生健康委新闻发布会介绍紧密型县域医共体建设有关情况[EB/OL]. (2021-11-30)http://www.gov.cn/xinwen/2021-11/30/content_5654999.htm.

[收稿日期: 2023-01-07] (编辑: 张红丽)